|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Überörtliche Gemeinschaftspraxis****Dr. med. Lutz Wilhelmi gen. Hofmann****Günter Behrens****Dr. med. Dipl.-Psych. Anne Balsam****Dr. med. Maria Frauhammer****FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** |  | **Vordere Ledergasse 4-6****90403 Nürnberg****Tel. 0911/2009807****Fax. 0911/2009808** |
|  | **Marktplatz 5****91207 Lauf****Tel. 09123/1833733****Fax. 09123/1833730** |

Gem. Praxis Dr. med. Wilhelmi gen. Hofmann / Behrens , Nürnberg/Lauf

Sehr geehrtes Elternteil,

ihr Kind wurde vom anderen Elternteil, der von Ihnen getrennt lebt, bei uns zur Diagnostik vorgestellt.

Da wir auch Ihre Mitwirkung an der Behandlung begrüßen würden, laden wir Sie hiermit zu einer Kontaktaufnahme mit uns ein.

Außerdem benötigen wir eine formale Einverständniserklärung zur Weiterbehandlung, die Sie uns bitte durch Unterschrift und Rücksendung dieses Formulars erklären.

**Ich bin als Sorgeberechtigter mit der Behandlung meines Kindes einverstanden.**

Name: Telefon:

Vorname: Adresse:

Datum:

Unterschrift: